



SEC- PRIMARIA

Proceso Cardiopatía Isquémica Estable

25 de abril de 2017

SEC-PRIMARIA. Proceso Cardiopatía Isquémica Estable

Copyright @Sociedad Española de Cardiología.

Reservados todos los derechos. El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido, ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por ningún medio, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.

Índice

1. Proceso SEC-AP Cardiopatía Isquémica Estable	5
2. Contenidos mínimos del Informe de la Consulta de un paciente con CIE	5
3. Ruta asistencial del paciente con CIE.....	8
3.1. Objetivos	9
3.2. Ruta asistencial CIE.....	9
3.2.1. Entrada al proceso.....	9
3.2.2. Desarrollo del proceso	10
3.2.3. Secuencia de seguimiento y criterios de salida del Proceso	11
3.3. Estándares e indicadores	14
4. Difusión del conocimiento. Actuación en la CIE. Población general	15
5. Formación	15
5.1. Estrategias de formación	15
5.2. Objetivos y contenidos de la formación.....	17
Anexo 1. Principios generales para la elaboración de una ruta asistencial	19
Referencias	20

Tablas

Tabla 1. Medidas de desempeño en pacientes en Prevención Secundaria relacionadas con el informe de consulta (revisión y alta).....	6
Tabla 2. Analítica sanguínea para la evaluación de pacientes con cardiopatía isquémica estable, sospechada o confirmada, y la optimización del tratamiento médico. Recomendaciones.....	10
Tabla 3. Electrocardiograma para el diagnóstico inicial de la cardiopatía isquémica estable.....	10
Tabla 4. Ecocardiografía en el diagnóstico inicial de la cardiopatía isquémica estable	11
Tabla 5. Radiografía de tórax para el diagnóstico inicial de la cardiopatía isquémica estable	11
Tabla 6. Estándares e indicadores de la ruta asistencial CIE	14

Figuras

Figura 1. Flujo de pacientes en ruta asistencial CIE.....	13
Figura 2. Ruta asistencial de la cardiopatía isquémica estable al 1 ^{er} año de un síndrome coronario agudo	14
Figura 2. Actividades de formación	17

Comité SEC-AP-Cardiopatía Isquémica Estable:

- **Coordinador SEC- Primaria:** Rafael Hidalgo Urbano. Hospital Virgen de la Macarena. Sevilla
- **Coordinadora del Proceso:** Almudena Castro Conde. Hospital Universitario La Paz. Madrid
- **Miembros del grupo de trabajo:**
 - Mariano de la Figuera. Centro Atención Primaria Sardenya. Barcelona
 - Juan Cosin Sales. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia
 - Alberto Calderón Montero. Centro de Salud Pedro Laín Entralgo. Alcorcón
 - Juan Carlos Obaya Rebollar. Centro de Salud la Chopera. Alcobendas. Madrid.
Coordinador Atención Primaria
- **Presidente de la SEC:** Andrés Íñiguez Romo.

1. Proceso SEC-AP Cardiopatía Isquémica Estable

El Proceso SEC-AP Cardiopatía Isquémica Estable (CIE), está integrado por tres instrumentos de gestión clínica:

- Contenidos mínimos del Informe de la consulta de Cardiología.
- Ruta asistencial del paciente con CIE.
- Contenidos formativos del proceso SEC-AP_CIE

El contenido de este proceso ha sido conciliado con el proceso SEC-Excelente Cardiopatía Isquémica Estable (CIE).

2. Contenidos mínimos del Informe de la Consulta de un paciente con CIE

El informe de la consulta ya sea de revisión o de alta es clave para garantizar una adecuada continuidad asistencial entre el cardiólogo y el médico de Atención Primaria (AP). Este hecho es vital en cualquier patología crónica ya que de esto depende el éxito en el logro y mantenimiento de los objetivos de salud. El informe del cardiólogo de la consulta debe exponer de una manera clara y concisa:

1. La estabilidad de la cardiopatía: la presencia o no de síntomas.
2. Los objetivos de Prevención Secundaria (PS):
 - a. Mantenimiento del estilo de vida adecuado:
 - i. Realización de ejercicio físico
 - ii. Dieta mediterránea
 - iii. Abstención absoluta de tabaco.
 - iv. Los objetivos terapéuticos de presión arterial, LDL, Hb glicosilada...
 - b. La adherencia al tratamiento médico
3. El tratamiento recomendado por las guías de práctica clínica con el fin de guiar al Médico de Familia en la actitud que debe seguir con este paciente.

Se recomienda que para la elaboración del informe de alta médica se sigan las recomendaciones del consenso para la elaboración del informe de alta hospitalaria en especialidades médicas.

La disponibilidad de informes de alta prediseñados para los procesos más frecuentes, permite elaborar un check-list de los aspectos que necesariamente deben ser contemplados.

En el informe debe incluir:

- Diagnósticos del paciente: se evitarán abreviaturas, y en caso de que haya, en algún momento del informe deberán definirse. Como información más relevante, se debería incluir:
 - Número de arterias coronarias enfermas, si el paciente ha sido sometido a revascularización de las mismas (percutánea o quirúrgica) y si ésta fue completa o no y, si en caso de que no lo fuese, si se decidió manejo conservador de esas lesiones.
 - Fracción de eyección de ventrículo izquierdo.
 - Factores de riesgo cardiovascular presentes: controlados y no controlados
 - Comorbilidades que se consideren relevantes.
 - Indicar clase funcional del paciente (tanto para la angina como para la disnea).
- Tratamientos del paciente:
 - Se pondrán de forma clara y sencilla, para evitar posibles errores de prescripción o de interpretación.
 - Se pondrán todos los fármacos que tome el paciente.
 - Si se pone el nombre comercial, sería deseable que entre paréntesis se pusiese el principio activo.
 - Se indicará la dosis del fármaco y cuándo se tiene que tomar (desayuno, comida, cena,...), así como si alguno tiene una dosificación flexible (por ejemplo diuréticos en el paciente con insuficiencia cardiaca, de acuerdo al peso).
 - Se indicarán aquellos fármacos a evitar (por ejemplo AINEs en insuficiencia cardiaca).
 - En todo paciente con CIE se deben considerar las siguientes indicaciones terapéuticas, salvo que estén contraindicadas por cualquier otra causa¹:

Tabla 1. Medidas de desempeño en pacientes en Prevención Secundaria relacionadas con el informe de consulta (revisión y alta)

▪ Uso de aspirina
▪ Uso de un segundo antiagregante (clopidogrel/prasugrel/ticagrelor) y plazo que debe mantenerse
▪ Uso de β -Bloqueantes al alta en pacientes con disfunción ventricular izquierda, postinfarto de miocardio o angina estable
▪ Uso de estatinas : intensidad y dosis
▪ Uso de ezetimiba en combinación con estatinas
▪ Uso de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o de antagonistas de los receptores de angiotensina en los pacientes con disfunción ventricular izquierda, insuficiencia cardiaca, hipertensión o diabetes
▪ Consejo antitabáquico
▪ Si ha realizado programa de prevención secundaria y rehabilitación cardiaca
▪ Recomendación de uso de inhibidores del cotrasportador de sodio glucosa (SGLT2) en pacientes diabéticos
▪ Uso de nitroglicerina sublingual en el paciente con angor

- Se establecerán unas recomendaciones y unos objetivos terapéuticos específicos:
 - Dieta:
 - ✓ Se recomendará la dieta mediterránea, que incluye:

- Baja en sal.
- Más cantidad de pescado que de carnes rojas.
- Basada en verduras y legumbres, fruta, aceite de oliva, pescados.
- Los lácteos deben de ser desnatados.
- Abstenerse de mantequillas, margarinas, embutidos, alimentos precocinados, comidas rápidas y “snacks”. Utilizará aceite de oliva virgen extra para cocinar y condimentar.
- Recomendaciones individuales según el paciente.
- Si es diabético, consumo moderado de pan integral, igual que de otros cereales y granos integrales; evitar el azúcar refinado, dulces, y limitar las frutas ricas en azúcares (uvas, melón, plátano).
- Actividad física: en general:
 - ✓ Ejercicio físico regular:
 - ✓ Al menos 30 minutos diarios o 3km al día con intensidad moderada.
 - ✓ Recomendaciones individuales según el paciente.
- Hábito tabáquico:
 - ✓ Abstención absoluta.
 - ✓ Señalar si se requiere alguna consideración especial.
- Vacunación antigripal anual (en Atención Primaria).
- Vacunación antineumocócica a los mayores de 65 años o en caso de cardiopatía grave (en Atención Primaria).
- Presión arterial. Establecer objetivos de tratamiento:
 - ✓ En general <140/90 mmHg.
 - ✓ Indicar si el paciente tiene un objetivo diferente.
 - ✓ Recomendaciones específicas en caso de mal control de la presión arterial (fármacos a titular/añadir).
- Frecuencia cardiaca:
 - ✓ En general <70 lpm.
 - ✓ Indicar si el paciente tiene un objetivo diferente.
 - ✓ Recomendaciones específicas en caso de frecuencia cardiaca elevada (fármacos a titular/añadir).
- Lípidos:
 - ✓ En general colesterol LDL <70 mg/Dl. Si esta entre 70 y 139 el objetivo es reducirlo el 50%. Controles analíticos al menos anuales
 - ✓ Recomendaciones específicas en caso de no control o intolerancia (estatina ± ezetimiba ± inhibidores PCSK9).
- Diabetes:
 - ✓ Mantener la hemoglobina glicosilada (HbA1c) <7,0%.

- ✓ Realizar recomendaciones específicas en cuanto al tratamiento en caso necesario (por ejemplo, en octogenarios HbA1c < 8%)
- Señalar duración completa de la doble antiagregación:
 - ✓ Generalmente 12 meses
 - ✓ Contemplar la prolongación de esta terapia en pacientes de alto riesgo trombótico una vez evaluado el riesgo hemorrágico, por ejemplo: enfermedad de tronco coronario izquierdo o multivaso, reinfarto.
- Indicar si se requiere alguna vigilancia especial en cuanto al tratamiento:
 - ✓ Por ejemplo: frecuencia cardiaca con beta bloqueantes; función renal e iones con IECA/ARA II/Antagonista de la aldosterona; transaminasas/CPK con estatinas.
 - ✓ Indicar si hay que titular algún fármaco y la dosis objetivo.
 - ✓ Si hay que realizar un ECG de control y cuándo, si hay que realizar una analítica específica y cuándo.
- Vida socio-laboral:
 - ✓ Si el paciente está de baja laboral, indicar si debe permanecer de baja o se puede incorporar al trabajo.
- Calendario de visitas
 - ✓ Indicar si el paciente necesita una próxima revisión con cardiología y el plazo para ella.
 - ✓ Indicar si el paciente es dado de alta por parte de cardiología como debe ser el seguimiento por parte de AP.
 - ✓ Siempre se debe explicar al paciente y reflejar en el informe que si hay cambio de la sintomatología, el paciente debe acudir de nuevo a consultas de cardiología.
- Finalmente, se indicarán en el informe diferentes páginas web donde el paciente pueda obtener más información si lo considera oportuno (por ejemplo: www.mimocardio.org o <http://www.fundaciondelcorazon.com>).

3. Ruta asistencial del paciente con CIE

Ruta asistencial. La “ruta asistencial” es un Protocolo/Documento (debe estar formalizado) de actuación ante cualquier proceso asistencial consensuado entre todos los profesionales que atienden al paciente (Cardiología-AP), donde se especifica claramente, que, quien, como, cuando y donde se debe atender a un paciente con ese determinado proceso (en este caso, CIE) en cada una de las diferentes fases del proceso de su enfermedad con el objetivo de proporcionar la mejor atención en cada punto y por el/los profesionales más adecuados a cada una de sus circunstancias y con la mejor evidencia posible.

Nivel asistencial. Cada una de las diferentes modalidades de atención sanitaria que se ofrece a los usuarios asegurando una óptima atención en cada situación específica, garantizando una atención integral y multidisciplinar.

Atención Primaria (AP): Primer nivel asistencial al que accede el ciudadano y en el que un equipo de profesionales realiza una labor de prevención, detección y diagnóstico de enfermedades, su tratamiento, seguimiento, gestión de recursos y acompañamiento.

Atención Especializada: Segundo nivel asistencial. Ofrece atención específica y especializada en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de problemas de salud que por sus características o necesidades tecnológicas, no pueden resolverse en AP.

3.1. Objetivos

- **Principal:** Mejorar la atención al paciente con CIE en su tránsito entre Cardiología y AP.
- **Secundarios:**
 1. Simplificar consultas.
 2. Evitar duplicidad de pruebas diagnósticas ya realizadas.
 3. Evitar retrasos en la asistencia de pacientes graves.
 4. Establecer cadencia homogénea según gravedad.
 5. Hacer protocolo con atención primaria (al alta de cada paciente dar objetivos terapéuticos y plan en cuanto a titulación de fármacos).
 6. Medir el porcentaje de pacientes que toman los fármacos indicados en Prevención Secundaria.

En el **Anexo 1** se exponen los principios generales de elaboración de una ruta asistencial.

3.2. Ruta asistencial CIE

La base de este proyecto es mejorar la estrategia organizativa y de comunicación entre los diferentes niveles asistenciales, y los profesionales que los integran, en relación con la asistencia a los pacientes con CIE.

Por lo tanto, como ocurre con el diseño y desarrollo de otras rutas asistenciales, el proceso se basa en un pacto (escrito y formal) entre los diferentes actores o profesionales, cada uno de los cuales tiene responsabilidades compartidas con los demás, para dar respuesta práctica a determinadas situaciones que afectan a los pacientes y que precisan ser ordenadas y expresadas de forma explícita.

3.2.1. Entrada al proceso

El proceso comienza cuando se incluye a un paciente con criterios de inclusión en la vía de la consulta externa, cuando reúnen alguno de los siguientes:

1. Post-infarto de miocardio (ya desde la 1ª consulta post-hospitalización desde el centro).
2. Post-revascularización quirúrgica: desde 1ª consulta remitido del alta de cirugía cardiaca.

3. Post-revascularización percutánea: desde que se remite de hemodinámica o desde ingreso por síndrome coronario agudo (SCA) revascularizado.
4. Enfermedad coronaria de TCI y/o enfermedad multivaso.
5. Revascularización coronaria incompleta.
6. Dolor torácico + isquemia documentada.
7. Enfermedad coronaria + FRCV mal controlados.
8. Angina de alto riesgo.
9. Angina de riesgo intermedio.
10. Angina y comorbilidades.
11. Angina vasoespástica y angina microvascular.

3.2.2. Desarrollo del proceso

Una vez se ha establecido el diagnóstico de CIE, las decisiones sobre el manejo del paciente dependen en gran medida de la gravedad de los síntomas, el riesgo de eventos cardiacos adversos y las preferencias del paciente. Es el momento de elegir entre medicación preventiva acompañada del tratamiento farmacológico de los síntomas o, además, revascularización, en cuyo caso habría que decidir de qué tipo. En las tablas 1 a 4, se resumen las recomendaciones dadas por la Sociedad Española de Cardiología en relación con las pruebas diagnósticas.

Tabla 2. Análítica sanguínea para la evaluación de pacientes con cardiopatía isquémica estable, sospechada o confirmada, y la optimización del tratamiento médico. Recomendaciones

Análítica sanguínea para la evaluación de pacientes con cardiopatía isquémica estable, sospechada o confirmada, y la optimización del tratamiento médico . Recomendaciones
Si la evaluación sugiere inestabilidad clínica o SCA, se recomienda repetir la determinación de troponinas, preferiblemente con pruebas de alta sensibilidad o ultrasensibles, para descartar la necrosis miocárdica asociada al SCA
Se recomienda hemograma completo, con recuento total de glóbulos blancos y hemoglobina en todos los pacientes
Se recomienda comenzar el cribado de una posible diabetes mellitus tipo 2 en pacientes con CI estable, sospechada o confirmada, determinando HbA1c y glucosa plasmática en ayunas; si estas pruebas no son concluyentes, se realizaría una prueba de tolerancia oral a la glucosa
Se recomienda determinar la creatinina y la tasa de filtrado glomerular estimada en todos los pacientes
Se recomienda determinar el perfil lipídico en ayunas (incluidas las LDL) en todos los pacientes
Si estuviera indicado por la sospecha clínica de alteraciones del tiroides, se recomienda evaluar la función tiroidea
Se recomienda evaluar la función hepática tras 8-12 semanas de iniciarse el tratamiento con estatinas
Se recomienda determinar la creatinina en pacientes tratados con estatinas que refieren síntomas que indiquen miopatía
Se debe considerar la determinación del BNP/NT-proBNP en pacientes con sospecha de insuficiencia cardiaca
Se recomienda el control anual de lípidos, metabolismo de la glucosa y creatinina en todos los pacientes con CI estable conocida
BNP: péptido natriurético cerebral; CI: cardiopatía isquémica; HbA1c: glucohemoglobina; LDL: lipoproteínas de baja densidad; NT-proBNP: porción N-terminal del propéptido natriurético cerebral; SCA: síndrome coronario agudo.
Fuente: Montalescot G y cols. 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease: the Task Force on the management of stable coronary artery disease of the European Society of Cardiology. Eur Heart J 2013; 34: 2949-3003 (Rev Esp Cardiol. 2014;67:135.e1-e81).

Tabla 3. Electrocardiograma para el diagnóstico inicial de la cardiopatía isquémica estable

Electrocardiograma para el diagnóstico inicial de la cardiopatía isquémica estable
En reposo
Se recomienda realizar a todos los pacientes un ECG en reposo en el momento de la presentación inicial

Electrocardiograma para el diagnóstico inicial de la cardiopatía isquémica estable

Se recomienda realizar a todos los pacientes un ECG durante o inmediatamente después de un episodio de dolor torácico que indique inestabilidad clínica de la CI

Ambulatorio (Holter)

Se recomienda ECG ambulatorio para pacientes con CI estable y sospecha de arritmia

Se debe considerar el ECG ambulatorio para pacientes con sospecha de angina vasoespástica

CI: cardiopatía isquémica; ECG: electrocardiograma

Fuente: Montalescot G y cols. 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease: the Task Force on the management of stable coronary artery disease of the European Society of Cardiology. Eur Heart J 2013; 34: 2949-3003 (Rev Esp Cardiol. 2014;67:135.e1-e81).

Tabla 4. Ecocardiografía en el diagnóstico inicial de la cardiopatía isquémica estable

Ecocardiografía en el diagnóstico inicial de la cardiopatía isquémica estable

Se recomienda realizar un ecocardiograma transtorácico en reposo a todos los pacientes para:

- a) Excluir otras causas de la angina
- b) Identificar alteraciones de la motilidad parietal regional que apunten a CI
- c) Medir la FEVI para la estratificación del riesgo
- d) Evaluar la función diastólica

Se debe considerar la exploración por ultrasonidos carotídeos, realizada por médicos adecuadamente entrenados, para detectar un aumento del GIM o presencia de placa en pacientes con sospecha de CI estable sin enfermedad aterosclerótica conocida

No está indicada la repetición periódica de la ecocardiografía para pacientes con CIE sin complicaciones si no se observan cambios en el estado clínico del paciente

CI: cardiopatía isquémica; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; GIM: grosor íntima/media.

Fuente: Montalescot G y cols. 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease: the Task Force on the management of stable coronary artery disease of the European Society of Cardiology. Eur Heart J 2013; 34: 2949-3003 (Rev Esp Cardiol. 2014;67:135.e1-e81).

Tabla 5. Radiografía de tórax para el diagnóstico inicial de la cardiopatía isquémica estable

Radiografía de tórax para el diagnóstico inicial de cardiopatía isquémica estable

Se recomienda RxT para pacientes con presentación atípica o sospecha de enfermedad pulmonar

Se debe considerar la RxT para pacientes con sospecha de insuficiencia cardiaca

RxT: radiografía de tórax.

Fuente: Montalescot G y cols. 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease: the Task Force on the management of stable coronary artery disease of the European Society of Cardiology. Eur Heart J 2013; 34: 2949-3003 (Rev Esp Cardiol. 2014;67:135.e1-e81).

3.2.3. Secuencia de seguimiento y criterios de salida del Proceso

Periodos de Seguimiento (Grupos 1-2-3-4: POST-SCA y post revascularización, EAC multivaso):

- 1ª consulta a los 3-6 meses y al 1º año.
- Si tras estas consultas (última al año) está asintomático con FEVI normal: alta al Médico de Atención Primaria (MAP).
- Si síntomas sugestivos de isquemia: prueba de detección de isquemia/cateterismo y cita de resultados en la consulta de cardiología
- Si disfunción sistólica:
 - Si FEVI post IAM con angioplastia transluminal percutánea (ACTP) y FEVI<35%, dado que hay con considerar implante de DAI profiláctico si persiste disfunción a pesar de tratamiento médico óptimo, se derivará a consulta de arritmias después de

optimización de tratamiento o según el hospital a consultas de insuficiencia cardiaca para titular fármacos. Debe dejarse pedida ecocardiografía de control (tras 40 días post ACTP), previo a dicha consulta.

- Si FEVI 35-50% (agotadas opciones de revascularización): revisión cada 6-12 meses.

Periodos de Seguimiento (Grupo 5: revascularización coronaria incompleta)

- Paciente asintomático y prueba de detección de isquemia negativa o de buen pronóstico en la cita de 12 meses: alta al MAP para control de adherencia y factores de riesgo cardiovascular.
- Paciente asintomático y prueba de detección de isquemia de riesgo intermedio: incentivar tratamiento médico óptimo y nuevo seguimiento a los 6-12 meses.
- Paciente asintomático y prueba de detección de isquemia positiva y de mal pronóstico o paciente sintomático: determinar opciones de revascularización y/o cateterismo y programar.

Periodos de Seguimiento (Grupos 6: dolor torácico + isquemia documentada)

- Si la prueba es de buen pronóstico y paciente estable al año de seguimiento: alta al MAP.
- Si la prueba es de mal pronóstico: cateterismo y plantear opciones de revascularización.

Periodos de Seguimiento (Grupos 7: enfermedad coronaria y factores de riesgo cardiometabólicos controlados):

- Derivar al MAP: se puede dar soporte telemático para casos rebeldes al tratamiento.

Periodos de Seguimiento (Grupos 8 y 9: angina estable de riesgo alto e intermedio)

- Si asintomático con FEVI normal y prueba de isquemia negativa: ALTA.
- Si síntomas sugestivos de isquemia: prueba de detección de isquemia/cateterismo y cita de resultados consulta de cardiología
- Si disfunción sistólica:
 - Si FEVI post IAM con ACTP y FEVI<35%, dado que hay que considerar implante de DAI profiláctico si persiste disfunción a pesar de TMO, se derivará a consulta de arritmias después de optimización de tratamiento o según el hospital a consultas de insuficiencia cardiaca para titular fármacos. Debe dejarse pedida ecocardiografía de control (tras 40 días post ACTP), previo a dicha consulta.
 - Si FEVI 35-50% (agotadas opciones de revascularización): revisión cada 6-12 meses.

Periodos de Seguimiento (Grupos 10: portadores de otros problemas):

- Valvulopatía desde grado moderado-severo o severo: remitir a monografía de valvulopatías, si se dispone en el hospital y si no seguimiento en consulta cada 3-6 meses.
- Disfunción ventricular severa (FEVI<35%): monografía de Insuficiencia cardiaca si se dispone en el hospital y si no seguimiento en consulta cada 3-6 meses.

- Arritmias:
 - FA tratada y controlada = seguir plan según situación de c. isquémica
 - Extrasistoles = valorar betabloqueantes.
 - TV no sostenidas: valorar riesgo y necesidad de DAI, optimización de tratamiento médico. Requerirán seguimiento hasta su control o resolución.
- Comorbilidad (establecer tabulación): valorar seguimiento en medicina interna o geriatría.

Periodos de Seguimiento (Grupo 11: angina vasoespástica y angina microvascular)

Se mantendrá el seguimiento mientras el paciente permanezca con clínica de angor no controlado.

Figura 1. Flujo de pacientes en ruta asistencial CIE

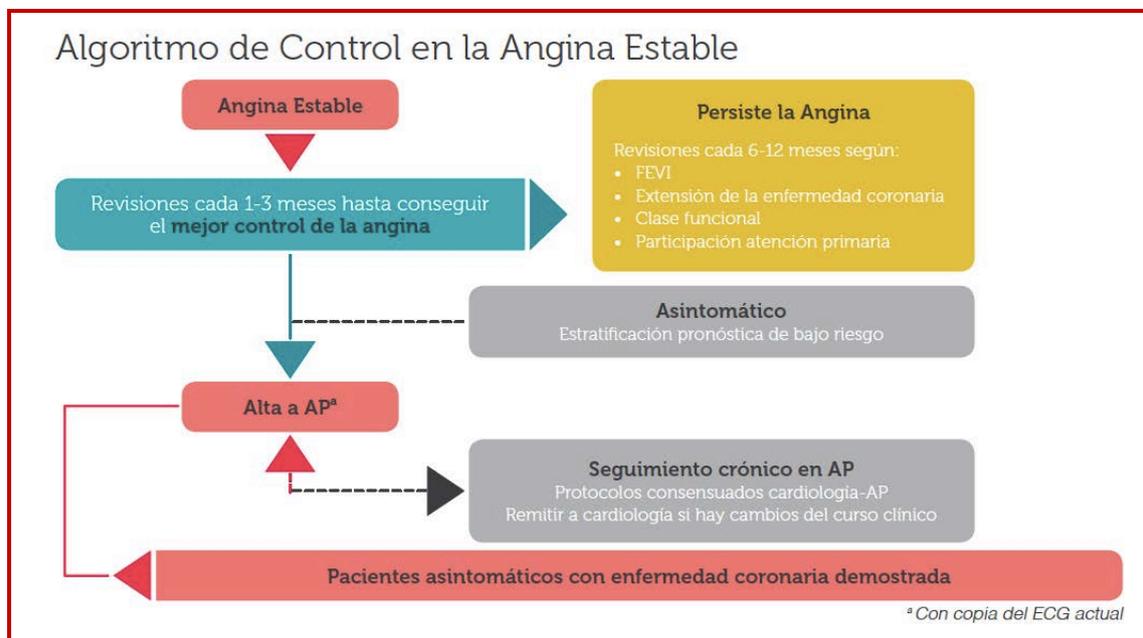
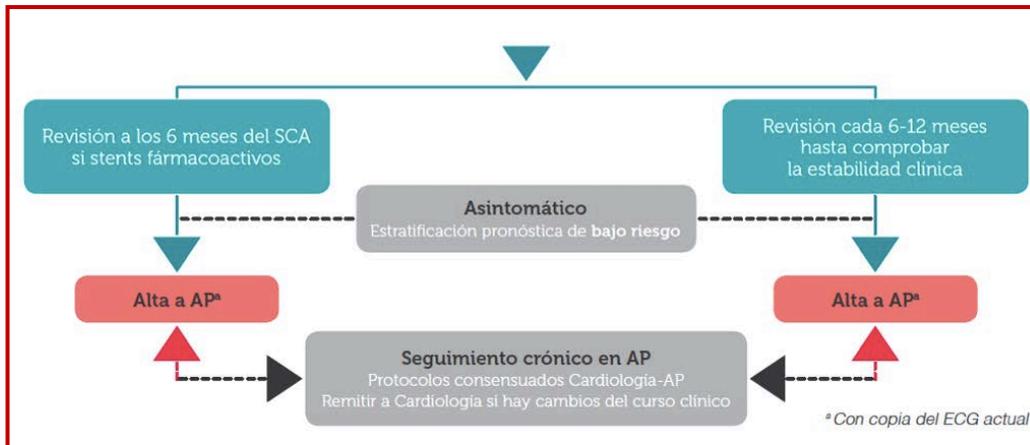


Figura 2. Ruta asistencial de la cardiopatía isquémica estable al 1^{er} año de un síndrome coronario agudo



La atención primaria es fundamental en el seguimiento de los pacientes con CIE:

- Seguir las indicaciones del informe de alta, adecuada prevención secundaria (“cuidado con la inercia”) en aras a mejorar la supervivencia y la calidad de vida, evitando posibles complicaciones.
- Promover una alimentación saludable, con control del peso, abandono absoluto del tabaquismo (no negociable), prescripción y consejo sobre ejercicio físico según indicaciones de la ergometría y plan establecido para la rehabilitación cardíaca.
- Seguimiento y control farmacológico del síndrome coronario como de aquellos factores de riesgo asociados.

Colaboración Médico de Atención Primaria - Cardiología:

- Establecer MAP - Cardiología la estrategia de prevención secundaria (móvil directo, aprovechar nuevas tecnologías). Fundamental sesiones conjuntas periódicas en las que se consensue la información básica del informe de alta, así como, la información mínima de los informes de derivación posteriores bidireccionales); establecer indicadores consensuados entre ambos.
- Detección de cambios en el estado clínico y en la evolución de la enfermedad: ¿qué hacer?, ¿cuándo?, ¿cómo hacer?.
- Referir de forma inmediata (< 2 semanas) a cardiología aquellos pacientes con IAM previo y sospecha de IC para ser evaluados por un cardiólogo y realización de ecocardiografía. Idóneamente consulta de alta resolución².
- Modificar la estrategia terapéutica en función de la evolución clínica: tener establecidas las pautas.
- Potenciar el autocuidado y la adaptación del paciente a su patología.
- Ajustar recomendaciones de prevención secundaria.
- Comprobar la cumplimentación de las recomendaciones terapéuticas.

3.3. Estándares e indicadores

Tabla 6. Estándares e indicadores de la ruta asistencial CIE

Estándares
Estructura
Ruta asistencial de CIE. Documento escrito, revisable periódicamente (al menos, una vez al año).
Debe estar nombrado un responsable del proceso en el ámbito de la unidad de cardiología.
Debe haberse constituido un equipo multidisciplinar de atención a la CIE, integrado, al menos, por un cardiólogo clínico, un representante del servicio de urgencias del hospital y un representante de los médicos de los equipos de atención primaria del ámbito de influencia del hospital.
Debe existir un programa de formación continuada, para todo el equipo multidisciplinar, que preste atención principalmente a los profesionales de los centros de salud, servicios de emergencias y de urgencias, con elevado recambio y alternancia (turnos) del personal
Proceso
La ruta asistencial debe contemplar la referencia inmediata (< 2 semanas) de aquellos pacientes con criterio de consulta preferente para ser evaluados por un cardiólogo. Idóneamente consulta de alta resolución.
Indicadores
1. Porcentaje de pacientes que tienen indicados: AAS, estatina, betabloqueantes.
2. Porcentaje de pacientes que toman: AAS, estatina, betabloqueantes en AP
3. Porcentaje de pacientes en los cuales se ha investigado FRCV
4. Porcentaje de pacientes a los cuales se les ha practicado prueba de detección de isquemia
5. Tiempo de retraso para la inclusión (tiempo desde el alta de un SCA hasta la 1ª consulta)
6. Periodos de seguimiento (establecer periodos según grupo de riesgo).
7. Tiempo de demora quirúrgica

4. Difusión del conocimiento. Actuación en la CIE. Población general

La formación de la población general en consejos, conocimiento y actitudes a adoptar en Prevención Primordial y Primaria se complementan con la educación que debe impartirse a los pacientes y su entorno familiar en Prevención Secundaria. Esta formación debe partir desde el propio Centro de Salud acudiendo a colegios, institutos, asociaciones organizadas, etc..., solicitando la colaboración de las instituciones sanitarias autonómicas/locales, así como de organizaciones sin ánimo de lucro (Fundación Española del Corazón y filiales autonómicas).

5. Formación

5.1. Estrategias de formación

El propósito de la estrategia de formación es mantener y mejorar la cualificación de los profesionales de la atención primaria en el manejo de los pacientes con CIE y todo el proceso asistencial que conlleva a través de la formación. La estrategia se puede fundamentar en cuatro pilares:

1. Difusión
2. Actividades presenciales
3. Actividades a través de la web
4. Evaluación
 - Difusión

La edición e impresión del documento se difundirá a todos los socios a través del correo electrónico y de las Sociedades de Atención Primaria. Esto permitirá hacer un envío masivo a bajo coste y que los profesionales interesados tengan un fácil acceso. También se puede elaborar un díptico/tríptico de fácil impresión para su utilización práctica en la consulta. Actualmente también se pueden utilizar para la difusión del documento las nuevas tecnologías como las APPs para dispositivos móviles. Esta aplicación tendría como objetivo fundamental guiar al médico de Atención Primaria en el proceso diagnóstico y terapéutico de la CIE.

- **Actividades presenciales**

Esta actividad tiene como objetivo organizar sesiones clínicas y talleres sobre los objetivos de salud en Prevención Secundaria, el manejo sintomático de los pacientes con CIE y el diagnóstico de nuevas patologías, en el propio centro de salud, facilitando el reconocimiento a los profesionales docentes a través de tiempos propios de docencia, objetivos específicos en los contratos de gestión, valoración en la carrera profesional y apoyo en equipamiento.

Las sesiones presenciales tienen la ventaja de poder generar debate y discusión entre los propios profesionales, lo que sin duda, enriquece la formación. Y además, discutir el proceso con los cardiólogos consultores extrahospitalarios en sus visitas periódicas a los centros de salud.

- **Actividades de formación online**

Este tipo de actividades pretende fomentar la formación “online”, sobre todo dirigida a los profesionales que trabajan en centros más aislados o para aquellos centros de salud con dificultades para organizar actividades presenciales.

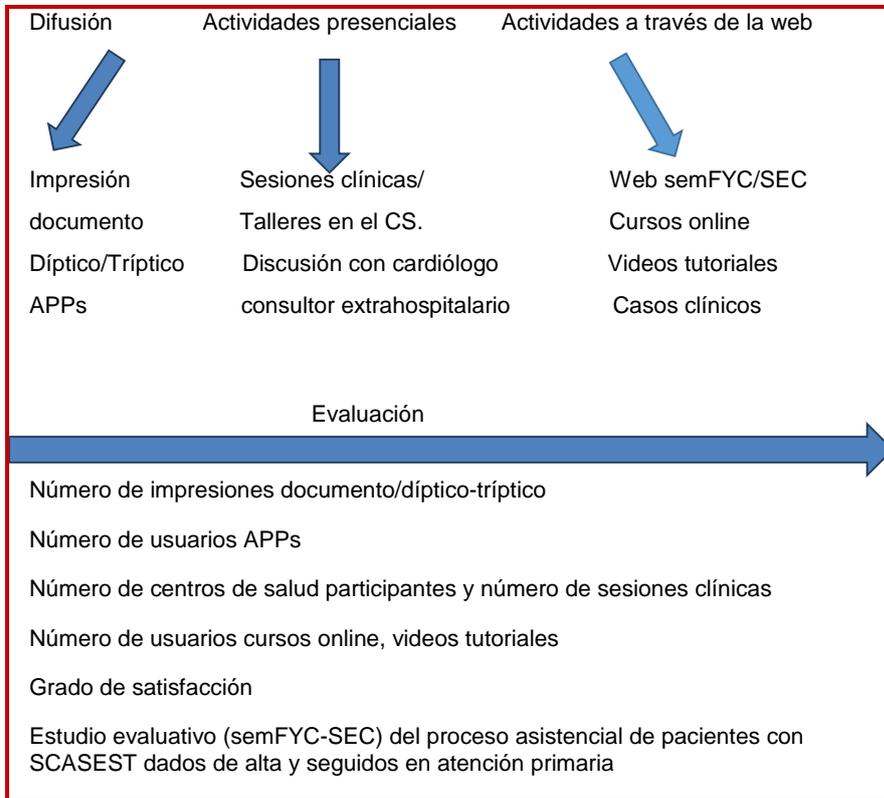
Tanto a través del campus virtual de la web de la semFYC o con un link a la web de la SEC se puede crear una comunidad online con las personas que acceden a los contenidos, por lo que permiten que pueda haber interacción entre los médicos interesados en su formación y los responsables de la elaboración de los contenidos del proceso. Además, se pueden ofrecer cursos online con videos tutoriales y casos prácticos reales. Esta actividad permitirá también evaluar online el grado de satisfacción del profesional con los cursos online.

- **Evaluación**

Esta actividad pretende evaluar el impacto que ha tenido la difusión y la formación del proceso asistencial CIE. Para ello se cuantificará el número de envíos por email que se hacen, la utilización de las APPs, el número de sesiones clínicas presenciales que se organizan en los centros, la utilización de la web para la formación online, o el grado de satisfacción. También es de máximo interés promover estudios de evaluación del impacto de la formación sobre la mejora de la práctica clínica de la CIE. Para ello se puede impulsar desde la semFYC,

SEMERGEN y SEMG, y desde la SEC un estudio colaborativo médicos de atención primaria-cardiólogos para evaluar el proceso asistencial en pacientes reales con CIE dados de alta en las consultas y atendidos en los centros de salud.

Figura 3. Actividades de formación



5.2. Objetivos y contenidos de la formación

- **Objetivos:**
 - Dar difusión a los contenidos de SEC Excelente, los informes de alta y rutas asistenciales.
 - Impulsar el trabajo conjunto cardio-AP.
- **Contenidos/Guión⁽¹⁾:**
 - Prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular
 - Aspectos epidemiológicos de la CIE
 - Aspectos fisiopatológicos.
 - Aspectos clínicos: formas de presentación. Diagnóstico del paciente con dolor torácico.
 - Prevención secundaria ambulatoria.
 - Seguimiento compartido entre Cardiología y Atención Primaria.
- **Metodología de Formación:**

⁽¹⁾ Sería aconsejable que el grupo de trabajo elaborara un conjunto no mayor de 10 diapositivas en Power Point con el contenido señalado.

- Difusión del documento en forma de Vídeos/ materiales formativos en presentaciones Power Point⁽¹⁾.
- Formación On-line a través de casos clínicos.
- Webinars con la participación de Cardiólogos y Médicos de Atención Primaria, como docentes y alumnos.
- Implementación
 - Finalizar contenidos SEC Excelente
 - Desarrollo de cursos: indicadores, rutas asistenciales y formación clínica básica para AP
 - Implementación mixta vía pequeñas reuniones y plataforma online para SEC Primaria
- Fuentes de información:
 - Guías de la ESC/SEC
 - Documento “Gestión de Pacientes Ambulatorios en Cardiología” de la SEC, semFyC, SEMERGEN y SEMG.
http://www.comsor.es/pdf/formacion/Seccion%2001/gestion_pacientes_ambulatorios_en_cardiologia.pdf

Anexo 1. Principios generales para la elaboración de una ruta asistencial

Anexo 1. Principios generales para la elaboración de una ruta asistencial

RUTA ASISTENCIAL	
PRINCIPIOS	CARACTERÍSTICAS
1.- Centrado en el paciente 2.- Implicación de Cardiología y AP (todos) 3.- Sustentada en la mejor práctica clínica 4.- Garantizar la continuidad de la atención	1.- Sencilla 2.- Flexible y modificable 3.- Adaptada a las condiciones locales 4.- Debe definir claramente las condiciones de derivación (bidireccional) 5.- Debe establecer responsables

Proceso de elaboración de la ruta asistencial

- 1.- Partiendo de la ruta elaborada en el proyecto SEC-AP, elaboración de la ruta asistencial adaptada a cada hospital/área de salud, con la participación de todos los agentes implicados.
- 2.- Nombrar a un responsable de gestión de la ruta asistencial y un grupo de trabajo responsable de su actualización, en el que estén representados los agentes más relevantes implicados.
- 3.- Utilizar los indicadores de evaluación de la ruta y, en su caso, añadir los que se consideren relevantes en el ámbito local (se recomienda la utilización de un conjunto reducido de indicadores, lo más próximos posibles a indicadores de resultados).
- 4.- Adaptar el sistema de información local para hacer posible la elaboración y seguimiento de los indicadores de desempeño.
- 5.- Difusión de la ruta entre todos los cardiólogos y médicos de AP y el resto agentes implicados.
- 6.- Evaluación, seguimiento y actualizaciones de la ruta. Se debe establecer un plazo para su revisión periódica (una vez al año, como mínimo, y siempre que exista una modificación relevante en el manejo de la condición -guías de práctica clínica de la ESC/SEC-).
- 7.- Formación específica a todos los agentes implicados.

Referencias

- 1 Roffi M, Patrono C, Collet JP, Mueller C, Valgimigli M, Andreotti F, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *Eur Heart J*. 2016;37:267-315.
- 2 Andrea R, Falces C, Sanchis L, Sitges M, Heras M, Brugada J. Diagnóstico de la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada o reducida mediante una consulta de alta resolución. *Aten Primaria*. 2013;45(4):184-192.